

**► Empfänger des Geschenkabos***Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen*

Firma: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte liefern Sie an den obenstehenden Adressaten ab der Ausgabe das **vierteljährlich** erscheinende Informationsmagazin ORTHOpress im Abonnement zu einem Jahresbeitrag von € **17,50**.

**► Rechnungsempfänger**

Firma: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**► Zahlung durch**

- PayPal (info@orthopress.de)  
 SEPA-Lastschrifteinzug - Bequem und bargeldlos  
**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64ZZZ00000494778**

Ich ermächtige die deutscher patienten verlag gmbh Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der deutscher patienten verlag gmbh auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Bankverbindung**

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich die dpv deutscher patienten verlag gmbh, Elisabeth-Breuer-Str. 9, 51065 Köln den oben angegebenen Betrag von meinem Konto einzuziehen.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

